

2. Мясников, А.Д. К вопросу о современных принципах профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости / А.Д. Мясников, В.А. Липатов // Современные подходы науки и практики в хирургии : материалы межрегион. конф., посвящ. 70-летию В.И. Булынина. – Воронеж, 2002. – С. 154–157.

3. Спаечная болезнь: профилактика и лечение / Б.П. Филенко [и др.]. – СПб. : Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова, 2013. – 171 с.

4. Гецадзе, Г.Н. Способ моделирования спаечного процесса брюшной полости / Г.Н. Гецадзе, В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин // Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 73 науч. сессии ВГМУ, Витебск, 29-30 янв. 2018 г. : в 2 ч. / под ред. А. Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – Ч. 1. – 430 с.

УДК 616.65-006-08

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ НИЗКОГО РИСКА С ПОМОЩЬЮ БРАХИТЕРАПИИ ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ В МОНО РЕЖИМЕ

Голдыцкий С.О., Луд Н.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) занимает 2-ое место по распространенности в мире у мужчин и характеризуется ростом заболеваемости, что во многом объясняется проводимыми во всем мире скрининговыми мероприятиями, направленными на раннее выявление локализованных форм РПЖ. Примером этого может служить стремительный рост заболеваемости в США, начиная с 1990 года - начала активного применения ПСА-диагностики.

Выбор лечебной тактики основывается на стратификации пациентов на группы низкого, промежуточного и высокого риска прогрессирования на основании результатов пальцевого исследования ПЖ, уровня ПСА, суммы Глиссона, результатов сцинтиграфии, методов диагностики патологических лимфоузлов. Однако имеется риск недостаточной оценки клинических данных вследствие как низкой чувствительности и специфичности простатспецифического антигена, так и проводимой трепан-биопсии ПЖ. Выполнение сатурационной биопсии, либо fusion-биопсии позволяет повысить чувствительность метода, однако данная процедура сопряжена с большими экономическими затратами и в настоящее время не получила широкого распространения в нашей стране. Аналогичная ситуация наблюдается при генетическом исследовании биопсийного материала, что в перспективе могло бы улучшить точность прогнозирования развития заболевания.

Выбор оптимального подхода в лечении пациентов низкого риска прогрессирования затруднен предполагаемым низким риском прогрессирования заболевания и нежеланием пациентов столкнуться с возможными осложнениями радикального лечения – простатэктомии и лучевой терапии. К основным лечебным подходам на сегодняшний день относятся активное наблюдение, радикальная простатэктомия и лучевая терапия. Согласно ряду исследований, посвященных активному наблюдению, вероятность развития метастазов для пациентов группы низкого риска составляет менее 1% при 15-ти летнем периоде наблюдения [1, 2, 3]. Однако согласно результатам Welty et al., в течение 5-ти летнего периода активного наблюдения лишь 40% пациентов не были переведены в группу более высокого риска в результате повторной биопсии и 60% пациентов не получали соответствующего радикального лечения [4]. При сравнении радикальной простатэктомии и лучевой терапии с тактикой активного наблюдения не обнаружено преимуществ радикальной терапии в раковоспецифической выживаемости при 10-ти летнем периоде наблюдения. Согласно результатам PIVOT и ProtecT, определялось снижения риска прогрессирования и развития метастазов в группах

радикального лечения по сравнению с активным наблюдением на 10% и 6% соответственно [5, 6]. Это может объясняться несовершенством диагностических подходов, в частности, выполнением трепан-биопсии ПЖ под УЗ-контролем. Радикальная простатэктомия у данной группы пациентов характеризуется хорошими отдаленными онкологическими результатами. Отсутствие биохимического рецидива спустя 10 лет составляет около 80% [7], раковоспецифическая смертность – менее 1% при 15-30 летнем периоде наблюдения [8, 9]. Применение брахитерапии высокой мощностью дозы у пациентов группы низкого риска характеризуется крайне ограниченными данными, полученными из работы Hauswaldetal, согласно которым безрецидивная и раковоспецифическая выживаемость составляет 97-99% при 10-ти летнем периоде наблюдения [10]. Нами были проанализированы онкологические результаты у пациентов группы низкого риска прогрессирования после выполненной брахитерапии высокой мощностью дозы в монорежиме с периодом наблюдения 8 лет.

Материал и методы. Брахитерапия высокой мощностью дозы в монорежиме выполнена 59 пациентам, 58 из них продолжали наблюдение после проведенного лечения. Средний возраст пациентов составил 68 лет. Стратификация на группу низкого риска выполнялась в соответствии с критериями NCCN. Период наблюдения составил 80 месяцев. Брахитерапия высокой мощностью дозы выполнялась с помощью аппаратов Microselectron HDRV3 и Flexitron с применением систем планирования SWIFT и OncentraProstate (Nucletron), разовая очаговая доза – 11,5 Гр. Конечной точкой в исследовании являлась бессобытийная выживаемость. В качестве события принимался биохимический рецидив либо клиническое прогрессирование. Биохимический рецидив соответствовал критериям Phoenix (рост уровня ПСА на 2 нг/мл над уровнем надир в случае лучевой терапии). В качестве клинического прогрессирования оценивалась раковоспецифическая выживаемость, а также вновь выявленные метастазы. Данные анализировались при помощи пакета программ IBMSPSSStatistics 23.

Результаты и обсуждение. Общая бессобытийная выживаемость составила 87,9 % (рис. 1). У 4-х пациентов зарегистрирован биохимический рецидив, у 3-х диагностированы метастазы. Остальные пациенты не нуждались в дополнительном лечении. Дополнительно оценивалась раковоспецифическая выживаемость. За весь период наблюдения только один пациент умер от рака предстательной железы. В итоге показатель раковоспецифической выживаемости составил 96,6 % (рис. 2).

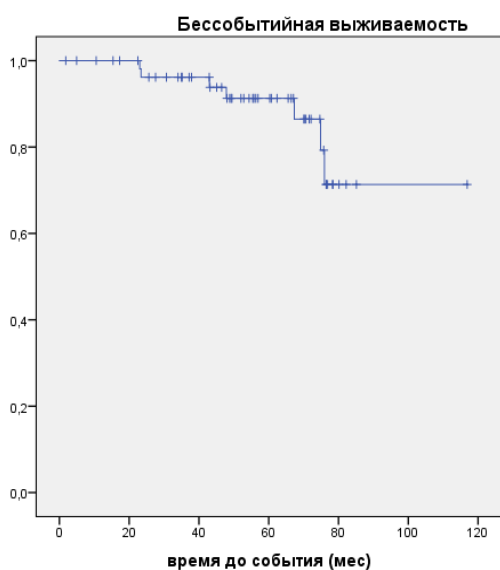


Рис. 1

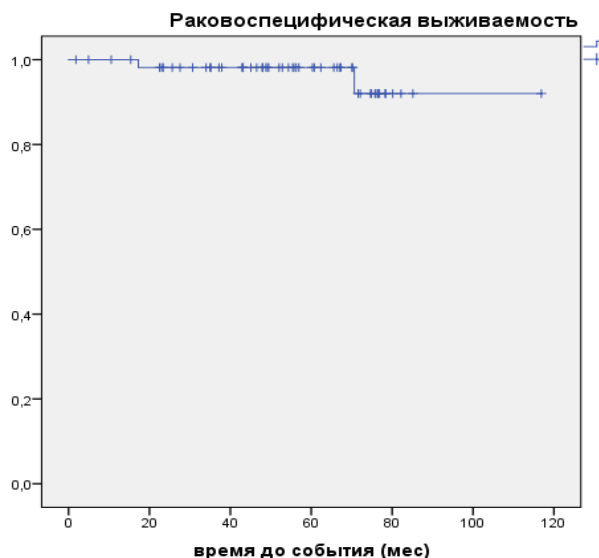


Рис. 2

Выводы. При стратификации пациента в группу низкого риска сохраняется риск прогрессирования даже после проведенного радикального лечения. Следовательно, в реалиях существующих диагностических возможностей дополнительное воздействие на предстательную железу у данной группы пациентов оправдано, однако должно сочетать хорошую онкологическую эффективность и высокий уровень безопасности. Брахитерапия высокой мощностью дозы в монорежиме характеризуется хорошими отдаленными онкологическими результатами и отсутствием выраженных побочных эффектов. Таким образом, данный метод может быть рекомендован для пациентов, страдающих раком предстательной железы группы низкого риска прогрессирования

Литература:

1. Intermediate and longer-term outcomes from a prospective active-surveillance program for favorable-risk prostate cancer / J.J. Tosoian [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2015. – Vol. 33, № 33. – P. 3379–3379.
2. Watchful waiting and quality of life among prostate cancer survivors in the Physicians' Health Study / J.L. Kasperzyk [et al.] // Journal of Urology. – 2011. – Vol. 186, №5. – P. 1862–1867.
3. Prospective study of determinants and outcomes of deferred treatment or watchful waiting among men with prostate cancer in a nationwide cohort / W.V. Shappley [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2009. – Vol. 27, №30. –P. 4980–4985.
4. Extended follow-up and risk factors for disease reclassification in a large active surveillance cohort for localized prostate cancer / C.J. Welty [et al.] // Journal of Urology. – 2015. – Vol. 193, №3. – P. 807–811.
5. 10-Year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer / F.C. Hamdy [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2016. – Vol. 375. – P. 1415–1424.
6. Wilt, T.J. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer / T.J. Wilt, M.K. Brawer, K.M. Jones // New England Journal of Medicine. – 2012. – Vol. 367. – P. 203–213.
7. Mayo Clinic validation of the D'amico risk group classification for predicting survival following radical prostatectomy / S.A. Boorjian [et al.] // Journal of Urology. – 2008. – Vol. 179, № 4. – P. 1354–1361.
8. Predicting 15-year prostate cancer specific mortality after radical prostatectomy / S.E. Eggener [et al.] // Journal of Urology. – 2011. – Vol. 185, № 3. – P. 869–875.
9. The impact of anatomical radical retropubic prostatectomy on cancer control: the 30-year anniversary / J.K. Mullins [et al.] // Journal of Urology. – 2012. – Vol. 188, №4. – P. 2219–2224.
10. Long-term results of conformal radiotherapy for prostate cancer: impact of dose escalation on biochemical tumor control and distant metastases-free survival outcomes / M.J. Zelefsky [et al.] // International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. – 2008. – Vol. 71, № 4. – P. 1028–1033.

УДК 616.24-002.3-089:001.895

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРОГРАММИРОВАННЫХ
МИНИРЕТОРАКОТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-
АССИСТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ АБСЦЕССАХ ЛЕГКИХ**

Ермашкевич С.Н., Петухов В.И., Кунцевич М.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Выбор рациональной тактики и адекватного варианта хирургического лечения острых абсцессов легких продолжают оставаться актуальными проблемами